Das Verhältnis der Carcinome des corpus uteri zu den Carcinomen der Portio und Cervix.

Die Häufigkeit der bei Carcinoma uteri auftretenden Pyometra, und die dadurch bedingte Morbidität und Mortalität nach der vaginalen Totalexstirpation.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 5. August 1904

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Eduard Wilkens

approbierter Arzt aus Bahlum (Kreis Braunschweig).

OPPONENTEN:

Herr Dr. Kattenbracker.
- Dr. Rixen.
- Dr. phil. Schepp.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)

Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Olshausen.**

Meinem Vater.

I.

Eins der wichtigsten Kapitel in der modernen Gynäkologie ist die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses geworden, seitdem mit vollster Sicherheit Dauerheilungen durch dieselbe erzielt sind. Eine ganze Reihe wertvoller und zuverlässiger statistischer Erhebungen giebt uns ein ziemlich deutliches Bild über die bisher erreichten Resultate. So nimmt Olshausen (1897) 35,7 % Dauerheilungen bei sämtlichen operierten Frauen an; Winter (1901) bei Corpuscarcinomen 53,3 %, bei Collumcarcinomen 30 %; an der Hallenser Frauenklinik (1902) 75 % bei Corpuscarcinomen, 23 % bei Collumcarcinomen; an der Leipziger Klinik (1902) 66,7 % bei Corpuscarcinomen, 34 % bei Collumcarcinomen; an den Wiener Kliniken von Schauta und Chrobak (1902) 30—35 % Dauerheilungen. Bemerkt sei hierzu, dass bei diesen sämtlichen Erhebungen erst nach fünfjähriger Recidivfreiheit von Dauerheilung gesprochen wurde. Spätere Recidive kommen zwar vor, sind aber immerhin doch so selten, dass man sie bei statistischen Erhebungen

unberücksichtigt lassen kann. Wir sind somit berechtigt, in einem Drittel sämtlicher operierten Frauen von Dauerheilung zu sprechen, und dieser grosse Erfolg — der früher so aussichtslosen Therapie gegenüber — bildet selbstverständlich überall den Ansporn zu weiteren eifrigen Forschungen über das Wesen des Gebärmutterkrebses, um nach gründlichster Erkennung desselben mit noch grösserem Erfolge die Behandlung vornehmen zu können.

Bekanntlich unterscheiden wir zwei Arten des Gebärmutterkrebses, den Krebs des Halses und des Körpers, die klinisch sowohl wie pathologisch-anatomisch eine ganze Reihe interessanter und wichtiger Unterschiede darbieten. Man ist auf dieselben erst im neunten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts mehr aufmerksam geworden, als die operative Radikalbehandlung des Gebärmutterkrebses sich das Feld zu erobern begann. Wie wenig das Corpuscarcinom zu damaliger Zeit bekannt war, können wir aus den betreffenden statistischen Erhebungen erkennen, in denen die Häufigkeit desselben auf 2—3 % angegeben wird, während jetzt ein weit häufigeres Vorkommen desselben (ca. 10 %) mit Sicherheit nachgewiesen ist.

Einen der wichtigsten Unterschiede zwischen Corpus- und Collumcarcinom sehen wir schon in einigen der oben angeführten Statistiken — die Dauerheilung betreffend — angedeutet, das ist die weit bessere Prognose des ersteren nach der Radikal-

operation. Die Recidive nach operierten Collumcarcinomen treten relativ weit häufiger auf (ca. $^2/_3 : {}^1/_3$), und nehmen einen maligneren Charakter an, als bei Corpuscarcinomen. Die Ursache hiervon liegt wesentlich in den verschiedenen anatomischen Verhältnissen. Beim Carcinom der Portio und Cervix ist die Gelegenheit zur Verschleppung auf die Nachbarschaft (Vagina, Parametrium, Iliakaldrüsen etc.) auf den Lymphwegen bedeutend günstiger, als beim Corpuscarcinom, wo ausserdem die dicke Muskelwand einem schnellen Übergreifen auf die Umgebung hindernd entgegentritt. Für die Operabilität sowie die Prognose ist es aber selbstverständlich von höchster Wichtigkeit, ob und wie weit die Nachbarschaft in Mitleidenschaft gezogen ist. Ist das Carcinom auf den Uterus beschränkt, so pflegt ein Recidiv nach der Radikaloperation nicht aufzutreten. Daher die guten Heilungsresultate bei den Corpuscarcinomen, wo die Erkrankung meist lange auf den Uterus beschränkt bleibt, während beim Collumcarcinom weit häufiger und schneller die Nachbarschaft mit ergriffen ist, und die Prognose dadurch getrübt wird. Es ist dann oft unmöglich, die Ausdehnung und die Grenzen des Carcinoms genau zu erkennen und die Entfernung alles Carcinomatösen vorzunehmen.

Abgesehen von der verschiedenen Prognose der Uteruscarcinome hat man ferner bei der Forschung nach Momenten, welche in ätiologischer Beziehung

für den Ausbruch und das Wachstum der Carcinome verantwortlich gemacht werden können, weitere interessante und wichtige Unterschiede zwischen Corpus- und Collumcarcinomen gefunden. Während nämlich die letzteren mit Vorliebe Frauen zu ergreifen pflegen, welche zum grossen Teil noch nicht in die Menopause eingetreten sind, sowie solche, welche häufiger Geburten durchgemacht haben, bei denen also die im Anschluss an die physiologischen Vorgänge im weiblichen Sexualapparat (Menstruation, Gravidität, Partus und Puerperium) oft auftretenden entzündlichen Vorgänge etc. verantwortlich gemacht werden können, findet sich das Corpuscarcinom im Gegensatz dazu verhältnismässig häufig bei Frauen, welche entweder gar nicht, oder doch nur selten geboren haben, und ausserdem bevorzugt es fast ausschliesslich Frauen, welche sich bereits in der Menopause befinden.

Schliesslich besteht auch noch ein wichtiger Unterschied, die Operabilität der Carcinome betreffend, indem die Corpuscarcinome verhältnismässig häufiger operabel sind, als die Collumcarcinome, und liegt der Grund hiervon in dem oben bereits angedeuteten verschiedenen anatomischen Verhalten.

Während nun unsere Kenntnis über das Wesen der Carcinome der Portio und Cervix und die Resultate ihrer operativen Behandlung durch zahlreiche Arbeiten eine ziemlich umfassende geworden ist, existieren verhältnismässig nur wenig Arbeiten, welche

sich speziell mit dem Corpuscarcinom beschäftigen. Ein Beitrag zur Lehre vom Wesen des letzteren und seinem Verhalten dem Collumcarcinom gegenüber dürfte daher wohl mit Recht willkommen sein.

Verfasser untersuchte nun das gesamte Material der Berliner Kgl. Universitäts-Frauenklinik aus den letzten 5 Jahren (1899—1903 incl.) und machte einen kurzen Auszug der für die Klarlegung und Bestätigung oben erwähnter Thatsachen und Behauptungen in Betracht kommenden Ergebnisse. Das Resultat ist, zunächst schematisch angeordnet, folgendes:

I. Die Anzahl sämtlicher wegen Carcinoma uteri zur Behandlung erschienenen Frauen betrug 879.

Davon:

Corpuscarcinome 105 (12 %),
Collumcarcinome 774 (88 %).

II. Alter der Erkrankten:

Jahre	Corpuscarcinome	Collumcarcinome
20—30	—	15
30—40	2	148
40—50	27	297
50—60	48	230
60—70	24	73
70—80	4	10
80—90	—	1

III. Nicht geboren oder abortiert hatten 42 (4,8 %).

Davon

Corpuscarcinome 15 (14,3 %),
Collumcarcinome 27 (3,5 %).

IV. Die Operabilität:

a) operabel:

Corpuscarcinome 71 (67,6 %),
Collumcarcinome 437 (56,4 %).

b) inoperabel:

Corpuscarcinome 34 (32,4 %),
Collumcarcinome 337 (43,6 %).

V. Vorgenommene Operationen:

Exstirpatio uteri tot. per vaginam	464
Sectio caesarea et exstirpatio per vaginam	2
Exstirpatio uteri tot. per laparotomiam	18

VI. Mortalität infolge Operation 26 (5,37 %) und zwar:

nach der vaginalen Operation 23 (5 %),
nach der abdominalen Operation 3 (16,6 %).

Todesursachen:

Peritonitis	12 mal
Sepsis	6 -
Ileus	3 -
Embolie	3 -
Marasmus	2 -

Da die hier angeführten Resultate, welche auf einer genauen und gewissenhaften Untersuchung und Zusammenstellung des grossen Materials beruhen, schon an und für sich eine beredte Sprache reden, so erübrigt es sich für uns, durch einen kurzen Kommentar einerseits einige Erläuterungen zu den einzelnen Punkten der Statistik zu geben, und andererseits die für unseren Zweck vor allem in Betracht kommenden gewonnenen Resultate besonders hervorzuheben und mit anderweitig gewonnenen Vergleiche anzustellen.

Zunächst sehen wir an der Hand unserer Erhebungen bestätigt, dass das Corpuscarcinom durchaus nicht so selten vorkommt, wie früher meist angenommen wurde. Schon Steinbach, der das Material der Würzburger Klinik aus den Jahren 1889—1897 auf Corpuscarcinome untersuchte (Inaug.-Diss. Würzburg 1897), fand bereits 29 Corpuscarcinome unter 251 Fällen von Carcinoma uteri = 11 %. Wir haben in unserem bedeutend umfangreicheren und neueren Material sogar 12 % Corpuscarcinome!

Was dann das Alter der erkrankten Frauen anbetrifft, so sehen wir auch da unsere oben aufgestellte Behauptung, betreffend die Vorliebe des Corpuscarcinoms für das höhere Alter, bestätigt. Das Prädilektionsalter des letzteren liegt im 6., des Collumcarcinoms im 5. Jahrzehnt. Während die letzteren kein Alter verschonen, kommen die ersteren, wie wir

oben sehen, nur ganz ausnahmsweise vor dem 40. Lebensjahre vor. Unsere Statistik zeigt uns ziemlich deutlich, dass, im Gegensatz zu den Collumcarcinomen, die Corpuscarcinome gerade solche Frauen bevorzugen, welche sich bereits im Klimakterium oder in der Menopause befinden. Ein genauer Prozentsatz ist in diesem Punkte schwerlich zu ermitteln, da in einer grossen Anzahl von Fällen unregelmässige Blutungen eine Fortsetzung der Menstruation vortäuschen, sodass die diesbezüglichen Angaben der Frauen unsicher sind oder mit Vorsicht entgegengenommen werden müssen.

Dass das Carcinoma uteri sowohl bereits in den zwanziger, wie erst in den achtziger Jahren vorkommen kann, sehen wir ebenfalls in unserer Zusammenstellung. Der jüngste Fall betrifft eine 24jährige, der älteste Fall eine 82jährige Frau.

Weiterhin sehen wir bestätigt, dass auch die physiologischen Vorgänge im weiblichen Sexualapparat mit ihren Folgen einen gewissen Einfluss auf die Entstehung des Carcinoms haben müssen, und dass in diesem Punkte ein auffallender Unterschied zwischen dem Corpus- und dem Collumcarcinom besteht. Wie wir nämlich aus obiger Statistik sehen, bevorzugt das Corpuscarcinom im Gegensatz zum Collumcarcinom verhältnismässig oft Frauen, welche nicht geboren haben, auch nicht abortiert. In unserem Fall waren 14,3 % aller an Corpuscarcinom erkrankten Frauen

steril geblieben gegenüber 3,5 % bei Collumcarcinom. Steinbach (s. o.) fand sogar 24 % Nulliparae unter seinem Material, wobei allerdings nicht angegeben ist, ob, wie bei uns, auch Aborte mit in Rechnung gebracht wurden. Während wir nun in häufigen Entbindungen mit ihren unausbleiblichen Verletzungen und Narbenbildungen am Collum uteri sehr wohl ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Collumcarcinome annehmen können, fehlt uns für die Neigung des Corpuscarcinoms, gerade sterile Frauen, oder solche, die selten geboren haben, verhältnismässig oft zu befallen, noch jede Erklärung.

Der folgende Punkt unserer Statistik giebt uns über die Operabilität der Uteruscarcinome interessante Aufschlüsse. Dieselbe betrug an der Berliner Kgl. Universitäts-Frauenklinik während der Jahre 1885 bis 1891 31,6 %; 1898 bis 1900 50 %. In unserem Falle ist dieselbe sogar auf 57,8 % gestiegen, wobei allerdings berücksichtigt werden muss, dass infolge der vollendeteren Technik auch die Indikation zur Radikaloperation weiter gezogen ist. Während man früher nur zur Operation schritt, wenn das Carcinom den Uterus nachweislich nicht überschritten hatte, nimmt man dieselbe jetzt auch dann noch vor, wenn die Nachbarschaft bereits ergriffen ist, vorausgesetzt, dass sich die Grenzen der carcinomatösen Erkrankung noch mit einiger Sicherheit feststellen lassen. Da auch in solchen vorgeschritteneren Fällen eine Dauerheilung

durchaus nicht ausgeschlossen ist, so ist mit Rücksicht auf die geringe Mortalität der vaginalen Totalexstirpation die Operation wohl erlaubt. Es liegt in der Natur der Sache, dass zu diesen vorgeschritteneren, aber noch operablen Fällen die Collumcarcinome einen höheren Prozentsatz stellen, trotzdem weist unsere Statistik verhältnismässig mehr operable Corpuscarcinome auf (67,6 %: 56,4 %). Die Erklärung dieser auch von anderer Seite wiederholt festgestellten Thatsache finden wir in dem bereits oben erwähnten verschiedenen anatomischen Verhalten der Carcinome, durch welches ein langsameres Wachsen der Corpuscarcinome und ein späteres Übergreifen derselben auf die Nachbarschaft bedingt ist.

Die in unserer Statistik bestehende Differenz zwischen der Zahl der operablen und operierten Fälle findet ihre Erklärung darin, dass eine Reihe von Frauen aus irgend welchen Gründen die Operation verweigerte, oder anderweitig Heilung suchte.

Mit diesen Ausführungen haben wir den für unser Thema vor allem in Betracht kommenden Stoff, soweit derselbe durch unsere statistischen Erhebungen gewonnen ist, erschöpft.

Es sei gestattet, noch ein paar kurze Bemerkungen über die vorgenommenen Operationen und deren unmittelbare Folgen anzufügen. In 463 Fällen, d. h. überall, wo es möglich war, wurde die Exstirpatio uteri per vaginam gemacht, in 19 Fällen per lapa-

rotomiam, wo meist örtliche Missverhältnisse vorlagen, oder Verwachsungen des Uterus, Umwucherung der Ureteren etc. bestanden; von der stückweisen Entfernung des Uterus per vaginam wurde wegen der dadurch bedingten hohen Infektionsgefahr stets abgesehen. In 2 Fällen von vorgeschrittener Gravidität (mens. VII und IX) wurde die Sectio caesárea mit nachfolgender Totalexstirpation per vaginam ausgeführt.

Die Mortalität betrug bei der vaginalen Operation 5 %, bei der abdominalen 16,6 %.

Ein Teil der Todesfälle ist auf bestehende Complikationen (Marasmus, Pyometra u. a.) zurückzuführen.



II.

Wir kommen nun zum zweiten Teil unseres Themas, betreffend die Häufigkeit der bei Carcinoma uteri vorkommenden Pyometra und deren Einfluss auf die Prognose bei der vaginalen Totalexstirpation. Diese Komplikation ist gar nicht so sehr selten, nach Olshausens Angaben trifft man sie etwa in 4—5 % aller operierten Fälle. Nach unseren an dem Material der letzten 5 Jahre an der Berliner Kgl. Universitäts-Frauenklinik angestellten Erhebungen kommen wir zu demselben Ergebnis, indem sich unter den 484 radikal operierten Fällen 21 mal die Komplikation mit Pyometra herausstellte (4,3 %).

Das Entstehen der letzteren ist dadurch zu erklären, dass die Neubildung bezw. die stets damit einhergehenden entzündlichen Vorgänge und manchmal auch Vernarbungen, letztere gelegentlich als Folge therapeutischer Eingriffe (Ätzungen, Curettement etc.), einen Verschluss des Cervicalkanals herbeiführen, und im Anschluss daran eine Stauung und Ansammlung des Sekretes und ev. des Menstrualblutes im Uterus

w.

entsteht. Für die Technik der Operation und die Prognose bei der vaginalen Totalexstirpation ist nun selbstverständlich die Natur dieses angesammelten Sekretes bezw. seine Infektiosität von höchster Bedeutung. Die Erfahrungen, die wir über die bakterielle Qualität des eitrigen Uterusinhaltes bei Carcinoma uteri haben, gipfeln darin, dass in der überwiegenden Mehrzahl völlige Sterilität besteht, dass also entweder keine virulenten Bakterien Zutritt zu dem Sekret gefunden haben, oder dass dieselben allmählich ihre Virulenz gänzlich eingebüsst haben bezw. dieselbe so sehr abgeschwächt ist, dass eine wesentliche Infektionsgefahr für die Operation nicht mehr besteht, selbst in den Fällen, wo eine Berührung des eitrigen Uterusinhaltes mit den frischen Operationswunden und sogar mit der Bauchhöhle nicht völlig zu vermeiden ist.

Daneben kommen aber doch hin und wieder Fälle mit malignem Charakter vor, wo Streptokokken und Staphylokokken — in einem Falle unserer Statistik wurde auch Soor gefunden — Zutritt zum Uterusinhalt gefunden haben, deren Virulenz zur Zeit der Operation noch nicht abgeschwächt ist. Es liegt auf der Hand, dass in solchen Fällen die Gefahr einer schweren Infektion sehr gross ist.

Was nun die operative Behandlung des mit Pyometra komplizierten Uteruscarcinoms anbetrifft, so wird dieselbe an der Berliner Frauenklinik in der

Weise gehandhabt, dass so gut wie ausschliesslich der Uterus in toto per vaginam exstirpiert wird, ev. mit Zuhülfenahme des Schuchardtschen Paravaginalschnittes. Es wird dabei eine möglichst vollkommene Compression der Cervix mit Zangen erstrebt, um eine Entleerung der Pyometra während der Operation nach Möglichkeit zu verhindern. Andererseits erweisen sich auch diese Zangen bei der Operation als Handhaben von grossem Nutzen.

Reisst nun aber beim Operieren infolge der Morschheit des Gewebes die Cervix ein oder ganz ab, sodass sich der eitrige Inhalt des Uterus nach aussen entleeren kann, so wird von dem Verschluss der Peritonealwunde durch die Naht abgesehen, dieselbe, nachdem sich vorher unter Anwendung reichlicher desinfizierender Spülung der Eiter entleert hat, mit Jodoformgaze ausgestopft. In den Fällen, wo der ausfliessende Eiter vollständig nach aussen abgespült werden konnte, und eine Berührung desselben mit der Wunde zu vermeiden war, wurde das Peritoneum durch die Naht geschlossen, ebenso in den Fällen, wo der Verschluss während der Operation sich nicht gelöst hatte; sonst wird von der Peritonealnaht Abstand genommen.

Wir lassen nun eine kurze Aufführung der sämtlichen 21 Fälle von Carcinoma uteri, kompliziert mit Pyometra, die während der Jahre 1899—1903 inkl. an der Klinik zur Radikaloperation gekommen sind, folgen, um an der Hand derselben einerseits beweisende Thatsachen beizubringen für unsere oben aufgestellten Behauptungen, und andererseits für die Prognose und Behandlung einige Fingerzeige zu geben.

1. Frau R., 60 J., XV p., Menopause.
Carcinoma cervicis progressum, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.
Geheilt.

2. Frau D., 57 J., X p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.
Geheilt.

3. Frau L., 56 J., V p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.
Temperatur steigt am Operationstage bis 39,4^{0}.
Gestorben am folgenden Tage (Peritonitis).

4. Frau S., 57 J.. II p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.

Geheilt.

5. Frau H., 57 J., IV p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Schuchardtscher Schnitt. Peritonealwunde und Schuchardtscher Schnitt durch Naht geschlossen.

Geheilt.

6. Frau S., 57 J., VI p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.

Geheilt.

7. Frau S., 60 J., XII p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.

Geheilt.

8. Frau M., 67 J., VIII p., Menopause.
Carcinoma cervicis progressum, Pyometra.

Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Schuchardtscher Schnitt.

Beide Wunden nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.

Gestorben am 5. Tage (Ileus, Marasmus).

9. Frau L., 56 J., VII p., Menopause.

Carcinoma cervicis, Pyometra.

Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.

Temperatur 1.—7. Tag: 39,7, 40, 38,7, 38, 38,5, 38,8, 39,2, dann normal.

Geheilt.

10. Frau G., 67 J., VII p., Menopause.

Carcinoma cervicis, Pyometra.

Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde geschlossen durch die Naht.

Geheilt.

11. Frau F., 58 J., V p., Menopause.

Cercinoma cervicis, Pyometra.

Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.

Temperatur am folgenden Tage bis 39,8.

Gestorben am 3. Tage (Peritonitis).

12. Frau Z., 59 J.. III p., Menopause.
Carcinoma cervicis progressum, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Schuchardtscher Schnitt. Letzterer genäht, Peritonealwunde nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.

Geheilt.

13. Frau S.. 41 J.. IX p.
Carcinoma cervicis progressum, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.
Temperatur 1.—10. Tag: 37,4, 38,4, 38,4, 39,4, 39,3, 39, 38,8, 38,6, 38,4, 38,3, dann normal.

Geheilt.

14. Frau P., 54 J., VIII p., Menopause.
Carcinoma cervicis progressum, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.

Geheilt.

15. Frau R., 58 J., IV p., Menopause.
Carcinoma cervicis progressum, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.

Geheilt.

16. Frau R., 64 J., V p., Menopause.
Carcinoma cervicis progressum. Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde nicht geschlossen, Jodoformgazetamponade.

Geheilt.

17. Frau L., 71 J., II p., Menopause.
Carcinoma corporis uteri, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.

Geheilt.

18. Frau M., 57 J., VIII p., Menopause.
Carcinoma portionis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Schuchardtscher Schnitt. Beide Wunden durch Naht geschlossen.

Geheilt.

19. Frau A., 58 J., VI p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.
Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.
Temperatur am folgenden Tage bis 38,9, sonst normal.

Geheilt.

20. Frau M., 60 J., II p., Menopause.
Carcinoma cervicis, Pyometra.

Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.

Temperatur am 3. Tage bis 39,6.

Gestorben am 3. Tage (Peritonitis).

21. Frau L., 56 J., IV p., Menopause.

Carcinoma corporis uteri, Pyometra.

Exstirpatio uteri tot. per vaginam, Peritonealwunde durch Naht geschlossen.

Geheilt.

Bei der Durchsicht und näheren Prüfung der obigen Aufstellung fallen uns eine Reihe interessanter und wichtiger Erscheinungen ins Auge, die einer eingehenderen Besprechung bedürfen.

Die Häufigkeit der Komplikation von Carcinoma uteri mit Pyometra beträgt — wie bereits oben erwähnt — in unserem Falle 4,3 % aller operierten Fälle.

Was nun das Alter der betreffenden Frauen anbetrifft, so sehen wir, dass dasselbe — mit Ausnahme eines einzigen Falles (No. 13) — sich zwischen 54 und 71 Jahren bewegt, dass also diese sämtlichen Frauen sich in der Menopause befanden. Diese interessante Thatsache beruht sicherlich nicht auf Zufall,

vielmehr ist anzunehmen, dass die während der Menopause normaler Weise auftretenden senilen Veränderungen am Uterus, die Schrumpfungen und Verengerungen für einen Verschluss des Cervicalkanals und somit für das Entstehen der Pyometra in erster Linie mit verantwortlich gemacht werden müssen.

In sämtlichen 21 Fällen wurde der Uterus in toto per vaginam exstirpiert, in 4 Fällen bei örtlichen Missverhältnissen und Verwachsungen kombiniert mit dem Schuchardtschen Paravaginalschnitt. 13 mal wurde die Peritonealwunde geschlossen in den Fällen, wo die oben angegebenen Bedingungen erfüllt schienen, 3 mal wurde der Schuchardt-Schnitt genäht. In den übrigen 8 Fällen wurde die Bauchwunde nicht genäht, sondern mittels Jodoformgazetamponade drainiert.

In 14 Fällen trat Heilung ohne nennenswerte Temperaturerhöhungen ein, und zwar 7 mal bei Schluss der Wunde durch die Naht, und 7 mal bei Offenlassen derselben. In 3 Fällen, wo ebenfalls die Bauchwunde genäht war, trat nach kürzeren oder längeren Temperaturerhöhungen ebenfalls Heilung ein.

In den übrigen 4 Fällen trat der Exitus ein (19 %), und zwar in einem Fall, wo die Wunde nicht geschlossen war, an Marasmus und Ileus, ohne dass die Temperatur in die Höhe ging. In 3 Fällen, wo jedes Mal die Bauchwunde geschlossen war, gingen die Frauen an akuter Peritonitis zu Grunde.

Die auffallende Thatsache, dass in sämtlichen 6 fieberhaft verlaufenen Fällen die Peritonealwunde nach der Exstirpation des Uterus durch die Naht geschlossen wurde, ist wohl dazu angethan, für die Art der Behandlung ins Gewicht zu fallen, in der Art, dass ein Nahtverschluss der Bauchwunde nur in den Fällen gemacht werden soll, wo entweder die Operationswunden sowie die Bauchhöhle mit Sicherheit von dem eitrigen Uterusinhalt unberührt geblieben sind, oder, wo des letzteren unschädliche Beschaffenheit ev. durch bakteriologische Untersuchung zur Genüge erwiesen ist. Dann wird die Prognose noch günstiger werden, als wie sie heute schon ist, und braucht man die Pyometra nicht mehr als üble Komplikation eines operablen Uteruscarcinoms zu fürchten.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Olshausen für die freundliche Überlassung des Materials, sowie Herrn Oberarzt Dr. Henkel für die Anregung zu obiger Arbeit und gütige Durchsicht derselben meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Jahrgang 1891—1903.

Steinbach, Inaugural-Dissertation. „Über das Corpuscarcinom“. Würzburg 1897.

Thesen.

I.

Beim Kaiserschnitt ist der Längsschnitt am Uterus dem Querschnitt vorzuziehen.

II.

Die Kraniotomie und Hirnresektion ist bei genuiner Epilepsie zu verwerfen.

III.

Epileptische Kinder sind von dem Besuch öffentlicher Schulen auszuschließen, mit der Maßgabe, daß denselben in geschlossenen Anstalten eine systematische und ihren Eigentümlichkeiten angepaßte Erziehung und ärztliche Behandlung zu teil werde.

Lebenslauf.

Verfertiger vorstehender Arbeit, Eduard Wilhelm Konrad Wilkens, evangelisch-lutherischer Konfession, wurde am 15. September 1870 zu Bahlum, Kreis Braunschweig, als Sohn des Hofbesitzers Heinrich Wilkens geboren. Er besuchte bis Ostern 1881 die Bürgerschule in Verden a. Aller und dann das dortige Königliche Dom-Gymnasium, welches er Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Er studierte dann Medizin von Ostern 1890 bis Michaelis 1890 in Göttingen, von Michaelis 1890 bis Michaelis 1891 in Würzburg, von Michaelis 1891 bis Ostern 1896 in Berlin, von Ostern 1896 bis Michaelis 1896 in Tübingen.

Am 6. November 1894 bestand er in Berlin das Tentamen physicum, am 16. Juli 1897 in Tübingen das medizinische Staatsexamen.

Er hörte die Vorlesungen folgender Herren:
in Göttingen: Ehlers, Merkel;
in Würzburg: Fick, v. Köllicker;
in Berlin: v. Bergmann, Gebhard, Gueterbock, v. Hofmann, Hirsch, Klemperer, v. Leyden, Martin, Olshausen, Schlange, Waldeyer;
in Tübingen: v. Baumgarten, v. Bruns, Hofmeister, v. Jürgensen, v. Liebermeister, Oesterlen, Schleich.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.

